様式第4号(第5関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者等搬送事業認定(更新)申請書  年　　月　　日  　　　　　　　　　　様  申請者  住所  職・氏名  　患者等搬送事業の認定(更新)について下記のとおり申請いたします。  記 | | |
| 事業所名 | |  |
| 所在地 | | 電話　　　(　) |
| 管理責任者・職氏名 | |  |
| 国土交通省免許登録番号 | |  |
| 定款に定める事業内容 | |  |
| ※受付 |  | |

　(注)　1　※には記入しないこと。

　　　　2　必要な関係書類を添付すること。

　　　　3　2部提出すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 営業区域 |  | | | | | | | | | |
| 営業時間 |  | | | | 料金 | |  | | | |
| 乗務員数 | 総数 |  | | | 昼 | |  | | 夜 |  |
| 制服 | 色 |  | | | | | 形式 | |  | |
| 年間営業実績件数 | 病院への通入院 | | | |  | | 老人ホームへの送迎 | | |  |
| 退院 | | | |  | | 旅行 | | |  |
| 転院 | | | |  | | その他 | | |  |
| 事業案内書の有無 | 有・無 | | | 有の場合は案内書を添付すること。 | | | | | | |
| 特定病院との契約の有無 | 有・無 | | | 有の場合は医療機関名及び契約内容を記入すること。 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 特定行政機関との契約の有無 | 有・無 | | | 有の場合は行政機関名及び契約内容を記入すること。 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| その他 | 会員数 | |  | | | 会費 | |  | | |